LAUSUNTO
02.03.2018

HYVINVOINTIALA

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Osa 1: Lausunto arviointimuistioluonnoksesta 9.2.2018 liittyen terveydenhuoltolain muutoksiin ja kiireettömän leikkaustoiminnan kriteereihin

Osa 2: Lausunto perustelumuistiosta liittyen valtioneuvoston asetukseen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta

Osa 1 (terveydenhuoltolain muutokset)

Hyvinvointialan liitto kannattaa terveydenhuoltolain 45 §:n muuttamista siten, että, että sairaanhoitopiiri voi järjestää leikkaustoimintaa toimintayksiköissä, ilman että yksikössä on kuntalaisille avoin ympärivuorokautinen yhteispäivystys (45 a §:n lisääminen). Liitto pitää tarpeellisena, että toiminnalle määritellään kriteerit mutta edellyttää, että kriteerit mahdollistavat myös jatkossa vakiintuneen ja laatutasoltaan korkeatasoiseksi todetun yksityisen leikkaustoiminnan kilpailuneutraalien sääntöjen puitteissa. Kriteerit koskevat sairaanhoitopiirien ostopalveluna, palvelusetelillä tai muulla tavalla yksityiseltä palveluntuottajalta hankkimaa palvelua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettu laki on ollut voimassa vuodesta 1992 lähtien ja tänä aikana sairaanhoitopiirit ovat voineet hankkia erikoissairaanhoidon palveluita ostopalveluna ja palveluseteleillä. Päivystystilanteiden osalta on tukeuduttu olemassa olevaan kuntalaisille avoimeen päivystysjärjestelmään. Vuoden vaihteessa voimaan astuneiden terveydenhuoltolain muutosten ja ns. keskittämisasetuksen seurauksena päivystysjärjestelmää on viranomaisen toimesta muutettu rakenteeltaan mutta ei toiminnan tarkoitukseltaan. Järjestelmän katsotaan turvaavan kansalaisten akuutteihin hoidon tarpeisiin liittyvät tilanteet kansalaisten ”sijainnista” riippumatta.

Julkisen päivystysjärjestelmän rakenteellinen muuttaminen on sinällään yksityisen leikkaustoiminnan toteuttamisesta riippumaton asia. Tiedossa ei ole, missä määrin yleisten päivystysten apua on tarvittu yksityisen terveydenhuollon yksiköissä sisällä olevien potilaiden osalta. Mitä ilmeisimmin tarve on ollut todella vähäistä. Yksiköistä jo kotiutuneet potilaat ovat kotiutumisen jälkeen päivystyspalveluiden osalta samassa tilanteessa kuin muutkin kansalaiset.

Pidämme ministeriön tulkintaa kestämättömänä siltä osin, että päivystystoiminnan rakenteellinen muuttaminen muun lainsäädännön pysyessä muuttumattomana, automaattisesti johtaisi siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:n 4 momentti ja sen tulkinta (kunnan on vaadittava ostettavalta palvelulta samaa laatutasoa kuin kunnan omalta toiminnalta) muuttuisi käytännössä.

Oma kysymyksensä on lisäksi se, voivatko päivystystoimintaan liittyvät rakenteelliset muutokset johtaa seuraukseen, jossa yksittäistä kuntaa, kuntayhtymää tai sairaanhoitopiiriä (tai tulevia maakuntia) estettäisiin toteuttamasta toimintansa kannalta tarkoituksenmukaisia toimia, kuten jonkin yksikön tai toiminnan ulkoistamista yksityiselle palveluntuottajalle.

Lakimuutoksista riippumatta tulevat voimassa olevat ostopalvelusopimukset noudatettavaksi sopimusten sisältämien sopimusehtojen mukaisesti. Kuten arviointimuistioluonnoksessakin todetaan, on perustuslakivaliokunta katsonut, että sopimusten takautuva muuttaminen olisi voimakkaasti ristiriidassa omaisuuden suojan kanssa. Muutokset eivät voi siis koskea olemassa olevia sopimuksia. Yksityinen ostopalveluna ja palvelusetelillä tapahtuva leikkaustoiminta on pitkäaikaisesti vakiintunutta ja vaatii merkittäviä investointeja. Lakimuutoksista mahdollisesti johtuvien muutosten siirtymäaikojen tulee olla kohtuullisia palveluntuottajien näkökulmasta katsottuna eikä taannehtiva voimaantulo ole hyväksyttävää.

Potilasturvallisuutta tulee tarkastella kunkin yksikön osalta erikseen ja yksikön tuottamien palvelujen valossa. Kaikkien säännösten samanlaisuus kaikille palveluntuottajille ei takaa yhdenvertaista kohtelua koska palveluntuottajien palveluvalikoima vaihtelee huomattavasti. Yhdenvertaisuutta voidaan tarkastella samoja palveluita tuottavien yksiköiden kesken. Jos kaikilta palveluntuottajilta edellytetään samoja asioita, joudutaan väistämättä tilanteeseen, jossa vain joitakin palveluita (esimerkiksi päiväkirurgiaa) tuottavalta yksiköltä vaaditaan samoja ominaisuuksia kuin vaativampia toimenpiteitä suorittavalta yksiköltä. Laatuvaatimusten tulee olla palveluun, ei palveluntuottajaan kohdistuvia.

Nyt keskustelussa olevien teknisluonteisten kriteerien lisäksi tulee leikkaustoiminnan jatkoedellytyksiä arvioida yksikkökohtaisesti leikkaustoimintaan liittyvien aitojen laatukriteerien valossa (uusintaleikkaukset, syvien infektioiden esiintyvyys jne.).

Järjestämisvastuisen tahon edellyttämien laadullisten tekijöiden täyttyessä tulee näille yksiköille taata mahdollisuus tuottaa palveluita vähintään kohtuullisen siirtymäajan ajan (esimerkiksi case Orton tai vastaavat).

Suunnitteilla oleva maakuntauudistus on luonteeltaan hallinnollinen uudistus, jossa järjestämisvastuu siirretään liikkeen luovutuksella nykyisiltä kunnilta, kuntayhtymiltä ja sairaanhoitopiireiltä maakunnille. Asia ei sinällään vaikuta leikkaustoiminnan toteuttamiseen potilasturvallisuuden tms. seikan näkökulmasta.

Hyvinvointialan liitto pitää ensiarvoisen tärkeänä, että maahamme jo rakennettu erikoissairaanhoidon infra on tarkoituksenmukaisessa käytössä, olipa se julkisesti tai yksityisesti rakennettua. Palvelujen tuotannossa tulee valita kilpailuneutraalisti veronmaksajien kannalta hinta/laatusuhteeltaan parhaat vaihtoehdot. Ostopalvelu- ja palvelusetelitoiminnan osalta toteutuvat jo nyt samat leikkausindikaatiot kuin julkisella sektorilla, sillä kaikki em. leikkauspäätökset tehdään sairaanhoitopiireissä. Sairaanhoitopiirit ostavat ostopalveluna ja palvelusetelillä tiettyjä etukäteen rajattuja toimenpiteitä jotka on nivottu sairaanhoitopiirien tekemissä hoito- ja palvelusuunnitelmissa osaksi potilaiden kokonaisvaltaista hoitoa.

Osa 2 (ns. keskittämisasetuksen muutokset)

Korostamme sitä, että yksityisessä yksikössä hoidettavana olevan potilaan potilasturvallisuus varmistetaan. Tämä saattaa edellyttää joissakin tilanteissa sitä, että kyseessä olevan alan erikoislääkäri on tavoitettavissa ehdotuksen mukaisessa 30 minuutissa (asetuksen 1. momentti, toinen kohta)

Ensihoidon saatavuus määritellään sairaanhoitopiirien palvelutasopäätöksissä ja leikkaustoiminnan osalta tulee ensisijaisesti soveltaa samoja saavutettavuuden reunaehtoja kuin ensihoitopalvelussa muutoinkin sovelletaan ilman, että yksityiselle leikkaustoiminnalle määriteltäisiin erillisiä saavutettavuusaikoja. Ensihoitopalvelun yleinen saatavuus vaihtelee eri puolilla Suomea. Taajamissa ensihoitoyksikkö voi olla paikalla muutamissa minuuteissa ja harvaan asutuilla seuduilla aika voi olla jopa tunteja.

Mikäli ns. tukisairaalan saavutettavuus katsotaan välttämättömäksi määrittää, tulee ehdotetun 30 minuutin sijasta soveltaa 60 minuutin saavutettavuusaikaa. Esitystämme perustelemme mm. sillä, että maamme joissakin osissa ehdotettu 30 minuutin aika on liian lyhyt maantieteellisistä olosuhteista johtuen. Näin lyhyelle saavutettavuusajalle ei ole myöskään esitetty lääketieteellisiä perusteita. (asetuksen 1. momentti, neljäs kohta).

Kun keskittämisasetuksen mukaisten laajan päivystyksen sairaaloiden sijoittumista käsiteltiin, on sosiaali- ja terveysministeriö arvioinut, että lähimpään laajan päivystyksen sairaalaan olisi puolella suomalaisista matkaa alle puoli tuntia ja 80 prosentilla alle 50 minuuttia. Myös tästä näkökulmasta erikseen yksityiselle leikkaustoiminnalle esitetty 30 minuutin tavoitettavuusaika on perusteeton.

Mikäli saavutettavuusaika määriteltäisiin 30 minuutiksi aiheutettaisiin merkittävää haittaa usealle yksityisiä leikkauksia suorittavalle toimijalle. Toimijat ovat investoineet toimintaansa luottaen siihen, että viranomaisen toiminta on ennakoitavissa olevaa ja perusteltua. Ongelmia olisi ainakin Kuusamossa, Iisalmessa, Kouvolassa, Varkaudessa, Jämsässä ja Ähtärissä (mikäli palveluntuottaja leikkaa siellä). Lisäksi yksityisiä yksityistä toimintaa on Hyvinkäällä.

Keskittämisasetuksen 7 §:n osalta toteamme, että yksityisen sektorin näkemyksen mukaan kyseistä säädöstä ei tule soveltaa yksityisen sektorin toimintaan. Mainittujen leikkausten yksikkökohtaiset vähimmäismäärät on asetettu julkisten sairaaloiden leikkaustoiminnan keskittämiseksi ja sitä kautta saatavien taloudellisen ja toiminnallisten hyötyjen aikaansaamiseksi. Yksityisiltä palveluntuottajilta ostopalveluna mahdollisesti ostettavat leikkaukset hinnoitellaan aina julkisen sektorin toimesta ja käsityksemme mukaan julkisen sektorin oman tuotannon kustannuksia vastaavalle tai sitä alemmalle tasolle. Tilaaja ostaa palveluita aina vapaaehtoisesti, omista tarpeistaan lähtien. Tilaaja asettaa myös ostettavan palvelun laatuvaatimukset.

Yksityinen sektori tuottaa valtaosin kiireettömiä ja suunniteltujen aikataulujen mukaisesti tehtäviä päiväkirurgisia ja lyhytjälkihoitoisia leikkauksia. Yksityinen toiminta lonkka-, polvi- ja olkaleikkauksissa on julkisen sektorin toimintaa täydentävää ja tukevaa eikä perustu väestövastuuseen kuten vastaava julkisen sairaalan toiminta. Näin ollen ostopalveluina tai palveluseteleillä yksityisiltä ostettavien leikkausten yksikkökohtaista määrää ei ole tarvetta säädellä samoin periaattein kuin julkisten yksiköiden (asetuksen 1. momentti, viides kohta).

STM:n 12.2.2018 julkaiseman selvityshenkilöraportin ”Lonkan ja polven tekonivelkirurgian järjestäminen ja ehdotus hoidon yhtenäisistä perusteista” mukaan vain 15 sairaalaa ylitti 600 leikkauksen määrän vuositasolla. Yksityisiä lonkan ja polven leikkauksia tehtiin vuosittain yhteensä noin 1200 kappaletta. Keskittämisasetuksesta johtuvien muutosten seurauksena tulisi noin 4000 potilaan leikkauspaikka muuttumaan nykyisestä. Raportissa ei perustella 600 leikkauksen määrää lääketieteellisesti ja lukuun onkin mitä ilmeisimmin päädytty lähinnä hallinnollisten näkökohtien, käytännössä sairaalaverkoston supistamistarpeen ja tähän liittyvien säästötavoitteiden johdattamana.

Käsityksemme ja kokemuksemme mukaan yksityisellä leikkaustoiminnalla on vahva näyttö leikkausten korkeasta laadusta. Toimijoilla on tarpeen mukainen poikkeustilanteiden hoitovalmius sekä suunniteltu infektioiden hoito.

Lopuksi

On hyvä, että sairaalatoiminnassa pyritään parhaaseen mahdolliseen laatuun ja taloudellisesti tehokkaaseen toimintaan. Tämä on myös veronmaksajien kannalta tärkeää, kun kyse on verovaroin kustannetusta toiminnasta. Sairaalatoiminnan keskittäminen ei saa kuitenkaan tarkoittaa yksityisen erikoissairaanhoidon toimintamahdollisuuksien ja palveluiden voimakasta heikentämistä leikkaustoiminnan osalta.

Yksityinen sektori tuottaa samoissa yksiköissä vastaavia palveluita sekä vakuutus- että yksityisasiakkaille sekä ostopalvelu- ja palveluseteliasiakkaille. Näin ollen julkinen sektori ei joudu kannattelemaan kaikkia ostopalveluita ja palvelusetelipalvelua tuottavien yksiköiden kustannuksia ja hyötyy tehokkaasta toiminnasta. Korostamme myös sitä, että yksityinen sektori on osaltaan kehittämässä ajanmukaista leikkaustoimintaa myös lääketieteellisesti.

Yksityiset terveyspalvelut ovat erittäin merkityksellisiä niitä käyttäville asiakkaille tapahtuipa palvelu sitten ostopalveluna, palvelusetelillä tai muun rahoituksen turvin. Hoidon saaminen mahdollisimman pian sen tarpeen toteamisen jälkeen, vähintään hoitotakuuaikojen puitteissa, on ensiarvoisen tärkeää sairaudesta tai vammasta seuraavien suurempien haittojen ja kustannusten estämiseksi sekä asiakkaan toimintakyvyn varmistamiseksi.

Minkään säädettävän lain seuraus ei voi olla kilpailuneutraliteetin totaalinen sivuuttaminen. Edellä mainittu päivystysvalmiuteen liittyvä rajaus yhdistettynä keskittämisasetuksessa annettuihin korkeisiin lukumäärävaatimuksiin tulisi näin tekemään.

Terveydenhuollon palvelukokonaisuuden toimivuuden näkökulmasta on välttämätöntä, että nykyinen mahdollisuus yksityisesti tuotettuihin ostopalveluihin ja palvelusetelillä järjestettyyn julkisesti rahoitettuun yksityiseen palvelutuotantoon säilyy. Näiden toimintatapojen avulla voidaan tukea julkisen sektorin toimintaa mm. ruuhkahuippuja purkamalla ja perusteltua alueellista yhteistyötä tekemällä. Asiaan ei sisälly erityisiä potilasturvallisuuteen liittyviä riskejä, kuten pitkäaikainen käytäntö on osoittanut. Yksityinen sektori tekee lähes yksinomaan ns. päiväkirurgisia toimenpiteitä. Tämä on yleisen tavoitteen mukaista, sillä päiväkirurgian lisääminen on sekä potilaiden hoidon että taloudellisten resurssien kannalta perusteltua.

Vaatimuksen osalta ei ole kyse siitä, että yksityiset ja julkiset toimijat asetettaisiin epätasa-arvoiseen asemaan. Kyseessä on kaksi eri palvelua. Pieni julkinen leikkaustoiminnan kriteerien ulkopuolelle jäävä sairaala tuottaa huomattavan kirjon erilaisia palveluita ja toimii vuodeosastohoitoa antavana sairaalana. Yksityinen päiväkirurgisia toimenpiteitä suorittava yksikkö toimii kiinteässä toimipisteessä pääsääntöisesti ilman vuodeosastoa ja vain rajattuja toimenpiteitä tuottaen. Pienellä julkisella sairaalalla on väestövastuu alueensa väestöön. Yksityistä leikkaustoimintaa harjoittavalla ei tätä vastuuta ole ja yksityinen yksikkö saa korvauksia julkisista verovaroista vain suorittamistaan toimenpiteistä, ei valmiudesta hoidon antamiseen.

Sote-uudistus on etenemässä ja uudistuksen myötä tullaan yksityisen sektorin toimintamahdollisuuksia laajentamaan sekä perus- että erikoistasolla. Vajaan kahden vuoden kuluttua tulee erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu siirtymään sairaanhoitopiireiltä maakunnille. Käsityksemme mukaan valmisteilla olevan lainsäädännön (maakuntalaki, järjestämislaki, valinnanvapauslaki ja palvelutuotantolaki) keskeisenä tavoitteena on yksityisen ja julkisen yhteistyön tiivistäminen, ei sen lopettaminen.

Annamme mielellämme asiaan liittyviä lisätietoja tarvittaessa, yhteyshenkilö Aino Närkki, puhelin 0400 436 438 Jan Schugk, puhelin040 594 1448

Helsinki 2.3.2018

Hyvinvointialan liitto

LAUSUNTO
02.03.2018

HYVINVOINTIALA